Załącznik nr 1

do Ogłoszenia Starosty Skarżyskiego z dnia 21 sierpnia 2023

**Karta zgłoszenia kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady**

**ds. Osób Niepełnosprawnych w Powiecie Skarżyskim**

1. Organizacja/ jednostka zgłaszająca kandydata (nazwa, adres, telefon, e-mail):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Kandydat (imię i nazwisko)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Uzasadnienie kandydatury:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Podpisy osób reprezentujących organizację/jednostkę zgłaszające kandydata na członka Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych (wymagane podpisy osób stosunkowo uprawnionych do reprezentowania podmiotu)*.*

 ………………………….……… ………………………………………..

 *(pieczęć organizacji/jednostki) (podpis osób uprawnionych)*

 ....................................................

 *miejscowość, dnia*

1. Wyrażam zgodę na powołanie mnie w skład Powiatowej Społecznej Rady ds. Osób Niepełnosprawnych w Powiecie Skarżyskim.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE
3. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w Starostwie Powiatowym w Skarżysku - Kamiennej.

..................................................................... ………………………………………………….

 *(miejscowość, dnia)* *(czytelny podpis kandydata)*